

**ZUR ERZIEHUNGSHALTUNG VON MÜTTERN
MIT ANFALLSKRANKEN KINDERN**

MICHAEL BÄUMLER

1985

*Liss
München*

AUS DEM INSTITUT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN IN DER HECKSCHER KLINIK

Direktor: Prof. Dr. J. Martinus

ZUR ERZIEHUNGSHALTUNG VON MÜTTERN
MIT ANFALLSKRANKEN KINDERN

Inaugural-Dissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilian-Universität zu München

vorgelegt von

Michael Bäuml

aus Kempten

München

1985

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität München.

Berichterstatter: Prof. Dr. Joest Martinus

Dekan: Prof. Dr. Wolfgang Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 25.7.1985

1.	Einleitung	1
2.	Literaturübersicht	3
2.1.	Historischer Hintergrund	3
2.2.	Die epileptische Wesensänderung	6
2.3.	Die Mutter-Kind-Beziehung	12
2.3.1.	Die Mutter-Kind-Beziehung beim chronisch kranken Kind	12
2.3.2.	Die Mutter-Kind-Beziehung beim anfallskranken Kind	16
3.	Die Untersuchung	25
3.1.	Patienten	25
3.1.1.	Gruppe der anfallskranken Kinder	25
3.1.2.	Gruppe der Kinder mit angeborenen inneren Fehlbildungen	25
3.1.3.	Kontrollgruppe	26
3.3.	Durchführung der Untersuchung	30
3.4.	Auswertung	32
3.4.1.	Auswertung des M-CRE-Fragebogens	32
3.4.2.	Auswertung des Fragebogens zur Erfassung der psychosozialen Situation	34
4.	Ergebnisse	36
4.1.	Ergebnisse zum M-CRE	36
4.1.1.	Gruppe der Mütter mit anfallskranken Kindern	36
4.1.2.	Ergebnisse des Gruppenvergleichs	38
4.1.3.	Dominanz - Konfusion	39
4.2.	Ergebnisse zum psychosozialen Hintergrund	40
5.	Diskussion	41
6.	Zusammenfassung	46
7.	Literaturverzeichnis	48
8.	Anhang	53
9.	Lebenslauf	57

1. Einleitung

Daß Vorurteile in der Behandlung des Themas Epilepsie auch heute eine Rolle spielen, sollte, so werden wohl die meisten denken, der Vergangenheit angehören. Dies erscheint jedoch nur bei oberflächlicher Betrachtung der Fall. Steigt man tiefer in diese Thematik ergibt sich ein anderes Bild. Immer noch wird das Thema "Wesen" oder "Wesensänderung" des Epileptikers zum Streitpunkt der Fachleute. U.H. PETERS (25) betont auf der 14. Jahrestagung der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie am 13. und 14. Oktober 1972 in Bonn, daß es bei der Bearbeitung dieser Thematik vor allem eine "Tradition der Beschreibung und der Verweise gibt." Ein Entdecker oder Erstbeschreiber des enechetischen Wesens wird in der Literatur jedoch nicht erwähnt. Der Widerspruch des Konzepts "Symptomneurose versus Charakterneurose" (RICHTER, 29) scheint immerhin gelöst. Während in dem Konzept der "Charakterneurose", der Neurotiker als das dominierende Familienmitglied angesehen wird, besagt das Konzept von der "Symptomneurose", daß die Familie an einem geeigneten Mitglied "eine manifeste Neurose produziere." Die Entstehung der epileptischen Wesensänderung erscheint durch diese Theorie hinreichend erklärbar. Eine besondere Rolle spiele dabei die Mutter-Kind-Beziehung, welche beim anfallskranken Kind vor allem durch eine überbeschützende Haltung der Mutter gekennzeichnet sei. Diese Haltung müsse dabei als kompensierte Ablehnung des erkrankten Kindes, im Sinne der "compensatory overprotection" von KANNER (14) verstanden werden. So kennen wir den Erstbeschreiber der "com-

pensatory overprotection", doch scheint die Interpretation, dieser Erziehungshaltung nahezu kritiklos in die Tradition der Verweise übernommen worden zu sein. Ein 1980 veröffentlichter Beitrag von FREUDENBERG (6), scheint unsere Vermutung zu untermauern. "Compensatory overprotection" wird zwar von der Autorin nicht zitiert, aber die vor allem durch ängstliche Fürsorglichkeit geprägte Einstellung der überbeschützenden Mutter eines anfallskranken Kindes, wird auch in diesem Beitrag als charakteristische Haltung der betroffenen Mutter hervorgehoben. Akzeptierende Potenzen werden diesen Müttern nur beiläufig zuerkannt, indem sie als "an sich sehr bemüht und engagiert" beschrieben werden, doch primär von der Sorge um das kranke Kind gekennzeichnet sind.

Es erschien deshalb lohnend, dem Problem mit einer Untersuchung nachzugehen.

2. Literaturübersicht

2.1. Historischer Hintergrund

Medizingeschichtliche Arbeiten belegen (RITTER, 30), daß die Krankheit Epilepsie schon immer irrationale Gefühle im Menschen angesprochen hat. Epilepsie wurde zur Zeit von Hippokrates als heilige Krankheit - "morbus sacer"- angesehen, obgleich schon damals viel Richtiges über die Krankheit an sich gesagt wurde. Es war bekannt,

daß es sich um eine Krankheit des Gehirns handelt, wobei eine Behinderung des Schleimabflusses als Krankheitsursache angesehen wurde;

desweiteren wußte man,

daß die Krankheit in vielen Fällen erblich ist, bevorzugt im Kindes- und Jugendalter auftritt

und

durch bestimmte Umstände, wie länger andauernde Insolation provozierbar ist.

Ebenso wurde

ein dementiver Abbau und Persönlichkeitszerfall als Komplikation des Leidens beschrieben.

Der positive Aspekt der heiligen Krankheit, die Entrückung des Heiligen oder Mystikers - zu einem Zeitpunkt, an dem der

unwillkürliche Aspekt des epileptischen Anfalls als Ausdruck des Lebendigen empfunden wurde, wurde durch einen negativen Aspekt abgelöst, als durch die mittelalterliche Theologie der Besessenheitsgedanke der teuflischen Krankheit - "morbus daemonicus" - und die Ansteckungstheorie in Bezug auf die Epilepsie ins Spiel gebracht wurden. Dies führte zur sozialen Isolation der epileptisch Erkrankten zusammen mit Lepra- und sonstig kontagiös erkrankten Menschen. Diese Ansteckungstheorie wurde erst im 16. Jahrhundert allmählich wieder aufgegeben. In ätiologischer Hinsicht gilt zu diesem Zeitpunkt u.a. insbesondere die Masturbation als Ursache des Leidens. Mit Beginn der industriellen Revolution verliert der Epileptiker die "soziale Nische" im Verband der Großfamilie, welche sich von nun an in Auflösung befindet. Der Epilepsiepatient wird zusammen mit psychisch und geistig erkrankten Menschen in Anstalten untergebracht. So paradox das klingt, war dies wohl eine Voraussetzung, die Krankheit Epilepsie einer naturwissenschaftlichen Erklärung zugänglich zu machen. Durch klinische Untersuchungen und Anfallsanalysen mit Hilfe des EEG konnte nachgewiesen werden (LENNOX, 18), daß es die Krankheitseinheit Epilepsie, welche als unheilbar, erblich und von einem fortschreitenden Persönlichkeitszerfall begleitet angesehen wurde, nicht gibt. Auch die Therapiemöglichkeiten haben sich entscheidend verbessert; waren früher die anti-epileptischen Effekte der Medikamente noch an die sedierende oder hypnotische Wirkung des Medikaments gebunden, so wirken die Medikamente heute teils stimulierend oder positiv psychotrop.

Obwohl die Epilepsieforschung in den letzten 25 Jahren die beschriebenen Fortschritte erbrachte, sind Vorurteile gegen Anfalls Kranke auch heute noch anzutreffen. Zwei Umfragen (HAUCK, 10; DIEHL, HAUCK, 4) zur Einstellung der Bevölkerung zur Epilepsie in den Vereinigten Staaten und in der Bundesrepublik Deutschland zeigen zwar eine Liberalisierung in der Haltung zur Epilepsie; dennoch blieb eine Diskrepanz gegenüber den Vereinigten Staaten deutlich, vor allem hinsichtlich der Frage, ob Epilepsie für eine Geisteskrankheit gehalten werde oder nicht. Von Bedeutung sei dabei, daß der angst-erregende Charakter des Epileptikers dadurch genommen werde, indem man ihm die Rolle des Verrückten zuschreibe. Seit längerem bestehende aufklärende "mental health movements" bewirken den größeren Grad der liberalen Einstellung der Bevölkerung in den Vereinigten Staaten.

Auch eine Untersuchung von REMSCHMIDT (28) konnte belegen, daß nach wie vor Vorurteile gegenüber Anfallskranken in der Bundesrepublik Deutschland eine Rolle spielen:

Als Orientierungshilfe und Förderung des Gruppenzusammenhalts seien Vorurteile einerseits entlastend,

andererseits für die Betroffenen in erster Linie belastend, als deren Integration erschwert oder verhindert wird.

In der Befragung wurden

in der Fremdbeurteilung - HETEROSTEREOTYP - überwiegend negative Eigenschaften den Epileptikern zugeordnet,

während

Epileptiker sich selbst überwiegend positive Eigenschaften zuteilten. - AUTOSTEREOTYP -

Hinsichtlich der neutralen Eigenschaften waren keine Unterschiede nachzuweisen.

Die Verminderung des Sprachflusses und der Aufmerksamkeitsspanne des Epileptikers erwiesen sich in einer experimentellen Untersuchung durch eine allgemeine Einschränkung der motorischen Kontrolle bedingt. Interessanterweise werden Verminderung des Sprachflusses und der Aufmerksamkeitsspanne von der Bevölkerung als neutral angesehen. Mit dem Stereotyp des Epileptikers zeigen sie somit keine Korrelation.

U.H. PETERS (26) vermutet, "daß Epilepsie die letzte der unaussprechlichen Krankheiten zu sein scheint." Er stellte fest, daß in Gesprächen innerhalb der betroffenen Familien sehr wohl von "Anfällen" oder sogar von "Epilepsie" geredet werde; nach außen hin wurden die Anfälle jedoch nicht beim Namen genannt. Die Patienten sprachen von "Zusammenfallen", von "das", "es" und "sie".

2.2. Die epileptische Wesensänderung

Ein erster Anstoß, die "typische epileptische Wesensänderung" nicht als rein organisch bedingt anzusehen, kam von der Tiefenpsychologie (STROTZKA, 38). Der epileptische Anfall sei

als Durchbruch gestörter Affekte zu sehen, als eine archaische Reaktionsform des Gehirns, welche durch somatische und/oder psychische Reize ausgelöst werden könne. Die typische emotionale Konfiguration des Epileptikers, welche sich

einerseits durch eine starke Identifikation mit dem väterlichen Über-Ich,

andererseits durch eine Unterdrückung der eigenen unbewußten Haßgefühle

äußere, müsse als Reaktionsbildung auf eine unbewußte, überwertige Aggressivität verstanden werden. Einen Zusammenhang zwischen Aggressivität eines autoritaristischen Elternhauses und Therapieresistenz beim anfallskranken Kind konnte HAUCK (11) bestätigen.

MATTHES (22) verwies darauf, daß die Postulierung der "typisch epileptischen Wesensänderung" anhand von chronifizierten Anstaltspatienten erfolgt sei. Er vermutete, daß die als charakteristisch gehaltenen Merkmale des Epileptikers, wie Verlangsamung, Perseveration oder Reizbarkeit eher Folge der andauernden Hospitalisierung gewesen sei. Die Pädiatrie habe die These von der epileptischen Persönlichkeit entscheidend erschüttert, als sie die Dynamik seelischer Veränderungen im Entwicklungslängsschnitt bei epileptischen Kindern gezeigt habe.

Die meisten aller Epileptiker erkrankten vor dem vierten Lebensjahr (LAŠT, 16; SCOTT, 37). So fallen in diesem kritischen Lebensalter Epilepsie und Kindheitsentwicklung zusammen, was

die Vermutung nahelegt, in der Eltern-Kind-Beziehung, insbesondere der Mutter-Kind-Beziehung eine wichtige Rolle für die Dynamik des Krankheitsgeschehens eines Epileptikers anzunehmen. Auch die regelmäßig notwendige Medikation bewirkt eine größere Abhängigkeit des epileptischen Kindes von seinen Eltern.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß Eltern nach wie vor von den Stereotypen in Bezug auf Epilepsie geprägt sind - eine Studie von LONG und MOORE (19) zeigt, daß Eltern signifikant häufiger ihre epileptischen Kinder für verhaltensgestört halten als deren Lehrer - wird verständlich, daß der Familienverband häufig mit Abwehrmechanismen auf die Erkrankung eines Mitgliedes reagiert. Entweder vernachlässige die Familie das betroffene Kind, indem die Anfälle kaschiert, bagatellisiert oder ignoriert werden; dies führe zur Isolierung der Kranken und zu Aggressionsäußerung gegen das Kind. Andererseits würden durch eine überbeschützende Erziehungshaltung hieraus entstehende Schuldgefühle kompensiert. Die daraus resultierende Unselbständigkeit und sonstige Verhaltensstörungen des Kindes können somit nicht als Ausdruck einer spezifischen epileptischen Wesensänderung gesehen werden, sondern müssen als Resultat eines komplexen Interaktionsgefüges innerhalb der Familie verstanden werden.

LEMPP (17) sieht eine frühkindliche Hirnschädigung (vor Markscheidenreifung) sowohl als Ursache des Anfallsleiden im Kindesalter, als auch als Ursache für ein EXOGENES PSYCHO-SYNDROM. Dies äußert sich in:

allgemeiner Reizüberempfindlichkeit und

Teilleistungsschwächen in der sensorischen Erfassungs- und Differenzierungsfähigkeit.

Hieraus resultieren

eine Distanzstörung mit Störung des Sozialgefühls, Kommunikationsstörung, verminderte Angstbildung, Neigung zu Kurzschlußhandlungen und Konzentrationsschwäche.

Die spätkindliche Hirnschädigung (nach der Markscheidenreifung) gilt als Ursache einer POSTENZEPHALITISCHEN WESENSÄNDERUNG mit

mimischer Starre,

psychischer Starre, welche sich in Form von Perseveration zeigt und als Ausdruck einer Hirnrindenschädigung anzusehen ist (Hirnrindensymptom),

labile und verstärkte Affektivität, sowie beeinträchtigtes Sozialgefühl.

Die überwiegende Anzahl der Untersuchungen zur epileptischen Wesensänderung, so REMSCHMIDT (27), seien mehr oder weniger standardisierte projektive Testuntersuchungen, während die experimentellen Arbeiten in der Minderzahl seien. In einer eigenen experimentellen Untersuchung konnte er nachweisen, daß kognitive Funktionen, wie

Aufmerksamkeitsspannung

Perseverationstendenz

Flexibilität der optischen Wahrnehmung

bei Anfallskranken im Vergleich zu einer Kontrollgruppe gesunder Patienten deutlich eingeschränkt sind. Eine Gruppe von Patienten mit chronischen inneren Erkrankungen zeigten ebenfalls deutliche Einbußen der kognitiven Funktionen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe. REMSCHMIDT vermutet, daß "nicht-zentrale Faktoren", wie

Verarbeitung der chronischen Erkrankungssituation,
Einstellung der Umgebung zum Kranken und
andere soziale Faktoren

dafür verantwortlich gemacht werden können. U.H. PETERS (25) erwähnt, daß zumindest zwei Typen epileptischer Wesensänderung beschrieben werden können:

TYP A - enechetischer Typ

charakteristisch für diesen Typ ist ein synchroner Gesichtspunkt, d.h. psychische Besonderheiten treten gleichzeitig auf.

TYP B - (pseudo-)psychopathische Wesensänderung

Hier ist ein diachroner Gesichtspunkt kennzeichnend, d.h. psychische Besonderheiten treten zeitlich nacheinander auf. Der Patient ist während der Untersuchung u.U. unauffällig. Nähere Aufschlüsse über die Verhaltensauffälligkeiten erhält man in erster Linie durch Fremdanamnese.

Die Wesensänderung Typ B ist nicht angeboren, sondern entwickelt sich in engem Kausalzusammenhang mit dem Anfallsleiden.

Daneben ist eine

MISCHGRUPPE, sie trägt sowohl synchrone als auch diachrone Züge

und eine

PSYCHOPATHOLOGISCH UNAUFFÄLLIGE GRUPPE

zu beschreiben.

Die eben beschriebene Typisierung der charakteristischen Wesensänderung ist zwar hilfreich, aber auch problematisch, was die Zuordnung der einzelnen Patienten in die beschriebenen Gruppen betrifft. Folgendes Zitat von U.H. PETERS (25) mag dies zum Ausdruck bringen:

"Was veranlaßt eigentlich den Beobachter dazu, eine enechetische oder eine andere Wesensänderung anzunehmen? Mit anderen Worten: Wieviel muß der Untersucher von seinem Patienten gesehen, auch quantitativ erfahren haben, bis ihm eine Einordnung möglich erscheint: Dies bringt uns dazu, etwas über das Wesen der epileptischen Wesensänderung zu erfahren, nicht durch Beobachtung des Epileptikers, sondern durch Beobachtung des Beobachters...."

Beispielsweise löst die besondere Form der Verlangsamung beim enechetischen Wesenstyp beim Beobachter eigene Gefühlsreaktionen aus. Dieses Phänomen, von der Psychoanalyse als "negativ~~e~~ Gegenübertragung" beschrieben, findet sich in der Literatur in Form von "metaphorischen Umschreibungen". Ver-

langsamung erscheint als

Haften, Umständlichkeit, Klebrigkeit, Pedanterie, das
Fehlen von Wendigkeit, Beschwingtheit, des Geistreichen,
Witzigen, von Esprit.

Der enechetische Wesenstyp wird durch Ausdrücke wie

"süßliches Wesen"

"kriechende Höflichkeit"

"Scheinheiligkeit"

"Widerwärtigkeit"

charakterisiert.

2.3. Die Mutter-Kind-Beziehung

2.3.1. Die Mutter-Kind-Beziehung beim chronisch kranken Kind

Erweiterte therapeutische Möglichkeiten in der Medizin haben eine zunehmende Anzahl chronisch kranker Kinder zur Folge. 1975 waren von 10.000 schulpflichtigen Kindern 1.100 behindert (BÖRNER, S.; STEINHAUSEN, H.-CH., 2). Wesentlichen Einfluß auf die Eltern-Kind-Beziehung hat die erste Reaktion der Eltern, vor allem der Mutter.

Die Geburt eines behinderten Kindes sieht ANNA FREUD (5) als eine narzißtische Kränkung der Mutter. Die Auseinandersetzung mit dieser Situation verläuft in mehreren Phasen. (DERA, M. et al, 3)

Am Beginn steht die

SCHOCKPHASE; die Diskrepanz zwischen der Wunschvorstellung vom erwarteten Kind und der Geburt eines behinderten Kindes löst einen Schock aus, der von Depression, Ängsten und Schuldgefühlen begleitet ist.

In der

SUCHPHASE wird nach dem "Warum" der Behinderung gefragt.

Allmählich akzeptieren die Eltern in der

ORIENTIERUNGSPHASE die Realität und fangen an, sich zu informieren.

Schließlich beginnen sie sich in der

AKTIONSPHASE für das Kind einzusetzen.

Eine positive Einstellung zum behinderten Kind gilt als Ergebnis einer gelungenen Integration in der vierten Phase. Eine ablehnende Haltung der Eltern, als Ausdruck einer mißlungenen Integration, muß keineswegs eindeutigen Charakter tragen. KANNER (14) sieht alle zwischenmenschlichen Beziehungen aus einem Komplex positiver und negativer Einstellungen. Eine das Kind ablehnende Haltung kann sich äußern als:

offene Feindschaft und Vernachlässigung

- "Ich mag es nicht."

Perfektionismus

- "Ich könnte es lieben, wenn es diesen Fehler nicht hätte."

kompensatorische Überbetreuung

- "Ich opfere jede Minute seinem Wohlergehen."

Das Kind reagiert auf die verschiedenen Formen der Ablehnung

im Falle der

offenen Feindschaft und Vernachlässigung mit

- Aggressivität
- Mangel an Bindungsfähigkeit
- Neigung zu kriminellen Handlungen

im Falle des

Perfektionismus mit

- Mangel an Selbstvertrauen
- Minderwertigkeitsgefühlen verbunden mit Zwangserscheinungen

im Falle der

kompensatorischen Überbetreuung mit

- Anstauung von Aggressivität
- Verzogenheit
- verstärkte Mutterbindung
- Verzögerung der geistigen und sozialen Reife

BÖRNER (2) beschreibt typische Verhaltensweisen bei Eltern von Kindern mit verschiedenen chronischen Erkrankungen:

Körperbehinderungen:

Das Kind ist motorisch mehr oder weniger stark eingeschränkt, was eine dementsprechende verzögerte Intelligenzentwicklung und eine seelische Beeinträchtigung zur Folge hat.

Die Erziehungspraxis ist mehrheitlich überbeschützend und restriktiv, seltener zurückweisend oder verleugnend.

Kongenitale Herzvitien:

Die Kinder sind durch Angst und Aggressivität geprägt, was teilweise in Zusammenhang mit einem hirnorganischen Psychosyndrom als Folge der zerebralen Schädigung (chronische Zyanose) gesehen werden muß. Eltern sind dem Kind gegenüber verwöhnend, inkonsequent, überprotektiv und ängstlich.

Hämophilie:

Zur Vermeidung von Verletzungen schränken die betroffenen Eltern das erste Explorieren der Umwelt ein. Dies ist dem Kind zunächst gänzlich unverständlich und führt bei unangemessenen Einschränkungen zu Wutausbrüchen, Angst und Depression.

Oft ist eine neurotische Mutter-Sohn-Symbiose kennzeichnend. Diese rührt aus Schuldgefühlen der Mutter ihrem Sohn gegenüber, dem sie die Krankheit vererbt hat, ohne selbst krank zu sein.

Diabetes mellitus:

Schwierigkeiten ergeben sich vor allem aus der paradoxen Situation "chronisch krank - bedingt gesund". Verhaltensauffälligkeiten in Form von "Ungezogenheit" müssen differentialdiagnostisch von hypoglykämischen Zuständen abgegrenzt werden.

Chronische Niereninsuffizienz:

Schwerste psychoreaktive Störungen des Kindes, bedingt durch häufige Aufenthalte im Dialysezentrum, rufen ablehnende Einstellungen der Eltern hervor.

2.3.2. Die Mutter-Kind-Beziehung beim anfallskranken Kind

In der Bundesrepublik Deutschland ist Epilepsie bei Kindern die häufigste Ursache chronischen Krankseins. 1975 wurden ca. 50.000 epileptische Kinder in der gesamten BRD registriert. Dem standen lediglich 6.000 Kinder mit Diabetes mellitus, 3.000 Kinder mit Hämophilie, 6.000 Kinder mit kongenitalen Herzvitien und 4.000 Kinder mit Leukämien und Krebs gegenüber. (BÖRNER, 2)

Im Gegensatz zu Kindern mit chronisch inneren Krankheiten oder solchen, die wegen einer angeborenen inneren Fehlbildung operiert worden waren, ist das anfallskranke Kind nicht in der Lage, die Natur seines Leidens zu erleben. Das Anfallsgeschehen erscheint dem Kind im Spiegel seiner Umwelt, als lachende, ratlose oder entsetzte Mitmenschen, was ihm gänzlich unverständlich ist (SCOTT, 37; LAST, 16). Diese Tat-

sache verleiht der Mutter-Kind-Beziehung beim anfallskranken Kind einen besonders widerspruchsvollen Aspekt: Die Krankheit Epilepsie wird von den jungen Patienten nicht erlebt, den Eltern aber krass vor Augen geführt. Konkret läßt sich dieses Erleben anhand zweier Zitate von Betroffenen beschreiben (U.H. PETERS, 25). Ein anfallskranker Patient berichtet sein Erwachen aus dem zweiten Anfall: ,

"Als ich zu mir kam, da stand die gesamte Verwandtschaft um mein Bett versammelt - Mutter, Tante, meine Frau, meine Schwester - alle guckten mich groß an. Ich wußte überhaupt nicht was los war. Ich war völlig verwirrt und dachte nur in dem Moment, 'es muß etwas schreckliches passiert sein'. Eine Erklärung hatte ich dafür nicht."

Eine Ehefrau eines anfallskranken Patienten berichtet unter dem Eindruck des ersten Anfalls:

"Es hat so ungefähr fünf Minuten gedauert. Mir war irgendwie klar, daß es sich irgendwie um einen Krampf handelt. Ich habe sogar an Epilepsie gedacht, wirklich. Mir kam's nur komisch vor, daß er keinen Schaum vor dem Mund hatte. Was ich in dem Augenblick gefühlt habe? Ich habe nur gedacht 'mein Gott, jetzt hat er den Verstand verloren', das weiß ich noch."

Die Mutter-Kind-Beziehung scheint von besonderer Bedeutung zu sein, auch wenn die Schwierigkeiten von Vätern mit übergroßer negativer Einstellung zu den Kinder kommen können. "Aber", so WERBENJAK (39), "auch bei diesen Fällen war es die Mutter, über die der Weg der Beeinflussung ging. Die Beein-

flußbarkeit der Mütter war in 16 Fällen als sehr gut, in 60 als gut und in weiteren 22 Fällen als schlecht zu betrachten." WERBENJAK beschreibt einen Fall, in dem eine vom Vater belastete Familiensituation über eine Beeinflussung der Mutter gebessert werden konnte:

Ein 11-jähriger, anfallskranker Junge wird im Vergleich zu seiner 6-jährigen Schwester vom Vater deutlich benachteiligt, worauf der Junge mit schlechtem Benehmen und Lernschwierigkeiten reagiert. Die Mutter erwähnt diese reaktiven Verhaltensauffälligkeiten bei einem Besuch der Ambulanz der Wiener Nervenlinik für anfallskranke Kinder als belastend. Sie zeigt sich jedoch, im Gegensatz zum Vater, als sehr kooperativ und versucht die Schwierigkeiten des Jungen zu verstehen; sie stärkt ihn durch Anerkennung, ist über Schulerfolge glücklich und will die Bevorzugung der Schwester durch mehr Aufmerksamkeit wettmachen. Obwohl die Einstellung des Vaters zum Sohn nach wie vor negativ ist, verringern sich die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes.

Bei der Entstehung der sogenannten epileptischen Persönlichkeit sieht MATTHES (22) die Mutter-Kind-Beziehung als einen der pathoplastischen Faktoren, welche zusammen mit dem organischen Erkrankungsprozeß eine "prämorbidie Persönlichkeit" nivelliere, oder auch ins Pathologische verzerren könne.

Die Vorstellungen der breiten Öffentlichkeit über Epilepsie

prägen in tyischer Weise die Elternhaltungen. Indem es die Gesellschaft nicht zulasse, die Ablehnung seines eigenen Kindes offen zuzugeben, entwickeln die betroffenen Eltern aus den hieraus entstandenen Schuldgefühlen eine typische Elternhaltung, welche in der Literatur als "compensatory overprotection" bekannt ist. Sie ist geprägt durch Angst, Besorgtheit, Fürsorglichkeit und Behütung. Diese, auch als "rejecting overprotection" bezeichnete Erziehungshaltung müsse von der "nonrejecting overprotection" klar abgegrenzt werden, welche zum Beispiel in einer Einzelkindssituation anzutreffen sei, in der die Angst das einzige Kind zu verlieren vorherrsche.

Eine systematische Untersuchung zur Mutter-Kind-Beziehung bei epilepsiekranken Kindern (NAVRATIL, STROTZKA, 23) erfolgte mit Hilfe des "MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY" und erfaßte folgende Einstellungen:

- Ablehnung
- Schuldgefühl, Selbstbestrafung
- Überbetreuung
- Unselbständigkeit
- Angst
- Aggression
- Ehrlichkeit, Selbstkritik

Als Untersuchungsgruppe dienten 100 Mütter epileptischer Kinder und 60 epileptische Kinder. Für die Vergleichsgruppe wurden 100 Mütter gesunder Kinder und 100 Hortkinder herangezogen.

Als Ergebnis konnten die Autoren nachweisen, daß Mütter epileptischer Kinder mehr als andere feindselige Tendenzen gegen das Kind in sich tragen; sie leiden an Schuldgefühlen, sind deshalb deprimiert und ängstlich; als Wiedergutmachung überbetreuen sie ihr Kind in größtem Ausmaß. Diese "aktiv positive, aber zum psychischen Hintergrund diskrepante Einstellung" (d.h., die positive Behandlung des Kindes ist Ausdruck einer kompensierten negativen Einstellung zum Kind, erscheint aber oberflächlich betrachtet als positive Einstellung zum Kind) gilt im Sinne der Neurosenförderung als besonders pathogen, sodaß das betroffene Kind schließlich Unselbständigkeit, Angst und Anstauung von Aggressivität zeige.

Seither tauchte die Vorstellung von der aktiv positiven, aber hintergrunddiskrepanten Einstellung der Mütter anfallskranker Kinder in der einschlägigen Literatur mehr als Formel, die nicht weiter hinterfragt wurde, auf. 1971 konnte BAGLEY in einer sehr aufwendigen Untersuchung über die sozialen, psychologischen und neurologischen Faktoren und Verhaltensstörungen anfallskranker Kinder dem oben Gesagten widersprechen. 118 Kinder aus einem Forschungszentrum für Epilepsie waren Gegenstand der Studie. Die Mehrheit wurde aufgrund neurologischer Daten ausgewählt, ein Teil aufgrund psychiatrischer Daten. Kinder, bei welchen Epilepsie mit einer anderen Behinderung korreliert war, wurden in die Studie nicht mit einbezogen. Das Durchschnittsalter der Untersuchungsgruppe betrug 12,5 Jahre, die Durchschnittsintelligenz 98,8 IQ. Es handelte sich um 74 Jungen und um 44 Mädchen. Durch voneinander unabhängige Interviews von Mutter und Kind wurden mit Hilfe einer

4-Punkte-Skala 39 Symptome gestörten kindlichen Verhaltens und die 18 Items elterlicher Verhaltensweisen ermittelt. Diese wurden zusammen mit 23 demographischen, sozialen und klinische Daten einer statistischen Analyse ("principal components analysis") unterzogen. Als Ergebnis konnte der Autor

keine positive Korrelation von Überbetreuung und Ehrgeiz der Mutter mit einer Verhaltensstörung des Kindes nachweisen,

stellte aber fest,

daß ein gestörtes Verhalten des Kindes mit einer mangelnden Einstellung von Mutter und Vater assoziiert war.

Als Grundlage der Anfälle und der Verhaltensstörung hob er eine neurologische Dysfunktion vor.

HARTLAGE und GREEN (8) konstatierten, daß Erwartungen von schulischen Leistungen anfallskranker Kinder eher niedrig angesetzt werden; sie vermuteten einen Zusammenhang mit "overprotection" und verminderter "acceptance" durch die Eltern. Untersucht wurde u.a. mit Hilfe des "PARENT ATTITUDE RESEARCH INSTRUMENT" (P.A.R.I.) von SCHAEFFER und BELL (35). Gegenstand der Untersuchung war eine Gruppe von 54 anfallskranken Patienten im Alter zwischen 6 und 16 Jahren, welche alle eine durchschnittliche intellektuelle Begabung aufwiesen. Die Autoren konnten

einen signifikanten Zusammenhang zwischen Elternhaltungen, welche die Passivität fördern und die Entwicklung zur

Selbständigkeit verzögern mit vermindertem schulischem Erfolg,

nicht aber

zwischen Anfallstyp oder -häufigkeit und schulischem Erfolg,

sowie

zwischen elterlichem Akzeptieren von Aktivitäten und gutem schulischem Erfolg

nachweisen. In einer weiteren Untersuchung von HARTLAGE, GREEN und OFFUT (9) - die untersuchten Gruppen bestanden aus 51 anfallskranken Kindern, 51 tonsillektomierten Kindern und 51 Kindern mit Mucoviscidose - konnte gezeigt werden,

daß anfallskranke Kinder eine größere Abhängigkeit von ihren Eltern zeigen als Kinder mit anderen Behinderungen, auch wenn sie durch diese in stärkerem Ausmaß beeinträchtigt wurden.

Es schien jedoch

kein Zusammenhang zwischen aggressionsunterdrückender Haltung der Eltern und größerer Abhängigkeit der Kinder zu bestehen.

Auch das Ergebnis dieser Untersuchung widerspricht der These von der "compensatory overprotection" insofern, als sie die Vermutung nahelegt, daß die Ursache für die größere Abhängigkeit der anfallskranken Kinder von ihren Eltern woanders,

nicht aber in einer aggressionsunterdrückenden Erziehungseinstellung zu suchen ist.

RUHS und LECHNER (33) verwendeten in ihrer Untersuchung zur Mutter-Kind-Beziehung bei anfallskranken Kindern das Polaritätsprofil "SEMANTIC DIFFERENTIAL" von HOFSTÄTTER und OSGOOD (12,13,24), sowie die bereits erwähnten PARI-Skalen von SCHAEFFER und BELL. 30 Mütter von epileptischen Kindern aus der Epileptikerambulanz der Grazer Universitätskinderklinik wurden mit 30 Müttern gesunder Kinder verglichen. Als Ergebnis der Untersuchung schränkten die Autoren die oben beschriebene Formel ein,

da aufgrund einer stärkeren Neigung, die Selbständigkeit der Kinder zu behindern, es zweifelhaft erschien, die Erziehungseinstellung bei anfallskranken Kindern als aktiv positiv zu beschreiben.

Die "compensatory overprotection" erschien seither ganz in einem negativen Licht. Daß diese Einstellung nach wie vor auch von bestehenden Vorurteilen mitgeprägt wird, zeigt sich in dem Untersuchungsergebnis,

daß die Mütter gesunder Kinder Geistesranke und Epileptiker gleichstellen, während diese Gleichstellung von Müttern mit anfallskranken Kindern nicht nachvollzogen wurde.

Die Autoren vermuteten einen Zusammenhang mit der größeren Informiertheit von Müttern anfallskranker Kinder, räumten aber gleichzeitig ein, daß dies auch Ausdruck einer Verdrängung sein könne.

Die 1979 von LONG und MOORE (19) konzipierte Untersuchung stellte u.a. folgende Hypothesen zur Diskussion:

Die elterlichen Erwartungen bezüglich der Entwicklung des epileptischen Kindes unterscheiden sich in Bezug auf nahezu gleichaltrige Geschwister.

Im Vergleich zu seinen Geschwistern werden die epileptischen Kinder von ihren Eltern weniger selbständig und stärker isoliert betrachtet.

Gegenstand der Untersuchung waren 19 Familien mit je einem anfallskranken Kind zwischen 6 und 14 Jahren und einem gesunden Geschwisterkind, das nicht älter oder jünger als zwei Jahre ist. Als Meßinstrumente dienten u.a. das "REPERTORY GRID" (KELLY, 15), das "SEMANTIC DIFFERENTIAL" (BECKER, 1) und die "CHILD BEHAVIOUR RATING SCALES" von RUTTER (34). Auffallend war,

daß zwar Mütter sich aufgrund der Ergebnisse gleichermaßen als kontrollierend restriktiv erwiesen, jedoch im tatsächlichen Erziehungsverhalten die kindliche Aktivität nicht stärker als die der gesunden Geschwister einengten.

Dies ist ein weiterer Hinweis dafür, daß die durch eine überprotektive Erziehungshaltung bedingten Verhaltensstörungen anfallskranker Kinder Ausdruck eines anderen Phänomens sein müßten.

3. Die Untersuchung

3.1. Patienten

3.1.1. Gruppe der anfallskranken Kinder

Befragt wurden 42 Mütter von anfallskranken Kindern, zumeist Patienten aus einer kinderepileptologisch spezialisierten Praxis im Osten von München. Die Kinder litten an verschiedenen Formen zerebraler Anfälle:

11 Grand Mal Anfälle

11 fokale Anfälle

10 psychomotorische Anfälle

10 sonstige Anfälle

Medikamentös waren die Anfälle, abgesehen von acht Ausnahmen weitgehend unter Kontrolle. Es handelte sich um 18 Mädchen und 24 Jungen im Alter zwischen 6 und 14 Jahren. Die Patienten stammten in erster Linie aus der Mittelschicht.

3.1.2. Gruppe der Kinder mit angeborenen inneren Fehlbildungen

Zum Vergleich wurden 55 Mütter, welche aus einer anderen früheren Untersuchung (MARTINIUS et.al, 20) bekannt geworden waren, herangezogen. Sie hatten Kinder, die mit inneren Fehlbildungen, wie Oesophagus- oder Analtresien zur Welt gekommen waren, zur Untersuchung herangezogen. Als junge Säuglinge wurden sie deswegen operiert und waren wäh-

rend einer längerdauernden Zeitperiode krank gewesen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung bestand jedoch keine Behinderung mehr.

3.1.3. Kontrollgruppen

Als weitere Vergleichsgruppe dienten 18 Mütter, bei deren Kindern nie eine Behinderung bestanden hatte.

3.2. Meßinstrumente

3.2.1. Fragebogen zur Einschätzung der Mutter-Kind-Beziehung

Untersucht wurde mit Hilfe eines Fragebogens, der von ROTH (32) entwickelt und objektiviert wurde. Mit dieser Methode kann man eine objektive Einschätzung der Mutter-Kind-Beziehung (Mother-Child-Relationship-Evaluation: M-CRE) erhalten. (Fragebogen im Anhang)

Der Fragebogen enthält 48 Fragen, deren Antworten auf einer 5-Punkte-Skala zwischen "starker Verneinung" und "starker Zustimmung" markiert werden. Je zwölf Fragen zielen in verdeckter Form auf die Erziehungshaltungen

"überbehütend"

"überpermissiv"

"ablehnend"

"akzeptierend"

"**ÜBERBEHÜTUNG**" sieht der Autor als Ausdruck von

übermäßiger Fürsorge für das Kind

Unterdrückung von Entwicklung und unabhängigem Verhalten, sowie

exzessiver Kontrolle des Kindes.

Eine auf Überbehütung zielende Frage lautet z.B.:

"Eine Mutter soll ihr Kind gegen jede Kritik verteidigen."

Starke Zustimmung gilt als überbehütend.

"**ÜBERPERMISSIVITÄT**" zeige sich in

exzessiver Befriedigung kindlicher Bedürfnisse zusammen mit einem

Mangel an elterlicher Kontrolle, welche sich in übertriebener Besorgtheit und exzessivem Kontakt ausdrücke.

Eine auf Überpermissivität zielende Frage lautet z.B.:

"Ein Kind trifft keine Schuld, wenn es etwas falsch macht."

Eine überpermissive Haltung drückt sich durch starke Zustimmung aus.

"**ABLEHNUNG**" zeige sich in

Verweigerung von Zuneigung und

Ausdruck von Haß gegen das Kind in Form von Nachlässigkeit, Härte, Strenge, Brutalität und Striktheit.

Eine von den auf Ablehnung zielenden Fragen lautet:

"Kinder tun so oft, als seien sie krank."

Ablehnung zeigt sich in starker Zustimmung.

"AKZEPTANZ" sei der Ausdruck einer adäquaten Mutter-Kind-Beziehung in Form von

Aufrichtigkeit im Gefühlsausdruck,
Interesse an den Freuden des Kindes, seinen Aktivitäten,
seiner Entwicklung und der
Wahrnehmung des Kindes als gutes Kind.

Eine der auf Akzeptanz zielenden Fragen lautet:

"Ein Kind soll seinen Eltern stets Freude machen."

Hier gilt starke Verneinung als Zeichen einer akzeptierenden Einstellung.

Der M-CRE kann in annähernd 30 Minuten ausgefüllt, ausgezählt und im Profil dargestellt werden; er ist somit für die praktische Durchführung ein handsames Instrument.

Der Fragebogen wurde von Mitarbeitern der Kinderabteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt. Als problematisch ist dabei zu bewerten, daß das Instrument wohl für amerikanische Lebensverhältnisse validiert worden ist, nicht aber für deutsche Verhältnisse.

3.2.2. Fragebogen zur Erfassung der familiären und sozialen Situation

Mittels eines von uns aufgestellten Fragebogens versuchten wir die soziale und familiäre Situation der Familie zu erfassen. Als Vorlage diente dabei ein Fragebogen zur Partnerschaftstherapie von MANDEL (21). Auf die Frage:

"Mich belasten zur Zeit folgende Probleme."

führten wir 18 Punkte auf mit den Antwortmöglichkeiten:

"gar nicht" (0) - "etwas" (1) - "stark" (2)

Bei den Punkten handelte es sich um:

- Wohnverhältnisse
- Nachbarn
- eigene Krankheit
- Krankheit des Ehemannes
- Geldsorgen
- seelische Probleme des Ehemannes
- eigene seelische Probleme
- Freizeitgestaltung
- nächster Urlaub
- religiöse Fragen
- Sexualität
- eigene Eltern
- Schwiegereltern
- Bekannte und Freunde
- Berufssituation des Ehemannes
- eigener Beruf

- Erziehung der Kinder

- Ehe

(genauer Wortlaut des Fragebogens im Anhang)

Bei der Auswertung ergibt die Summe der Antwortpunkte maximal 36 ($\hat{=}$ 100 Prozent). Der familiäre soziale Hintergrund gilt

als "gar nicht belastet" bei einer Summe von
0 - 12 Punkten ($\hat{=}$ 0 - 33,3 Prozent)

als "etwas belastet" bei einer Summe von
13 - 24 Punkten ($\hat{=}$ 36,1 - 66,6 Prozent)

als "stark belastet" bei einer Summe von
25 - 36 Punkten ($\hat{=}$ 69,4 - 100 Prozent)

Diese Bewertung ist durchaus problematisch, da in der Literatur kein empirisch ermittelter Mittelwert existiert, der als Bezugspunkt für unseren Fragebogen dienen könnte. Daß der psychosoziale Hintergrund der befragten Mütter ab einem Wert von 13 Punkten als belastet gilt, ist lediglich eine Annahme.

3.3. Durchführung der Untersuchung

Die Befragung der Mütter erfolgte im Rahmen einer vierwöchigen Famulatur in der oben erwähnten Kinderarztpraxis. Die Praxis bot vom Labor her die Möglichkeit, die Blutspiegel der verabreichten antikonvulsiven Medikamente zu bestimmen. Zu diesem Zeitpunkt war das ansonsten nur in größeren Kliniken möglich. Aus diesem Grund verfügte die Praxis über eine außer-

ordentlich große Patientenkartei von anfallskranken Kindern. Anhand dieser Kartei traf ich zunächst eine Auswahl der Patienten, deren Mütter befragt werden sollten. Im Anschluß eines routinemäßigen Praxisbesuches wurden die Mütter sodann von mir befragt. Ein Teil der Mütter hatte im Anschluß an den Praxisbesuch nicht genug Zeit den Fragebogen auszufüllen. Ich erklärte ihnen mein Anliegen und gab die beiden Fragebögen mit nach Hause. Die ausgefüllten Fragebögen erhielt ich per Post zurück. Denjenigen Müttern, die in den vier Wochen meiner Famulatur nicht in der Praxis erschienen waren, schickte ich nach telefonischer Rücksprache die Fragebögen zu, mit der Bitte, diese mir ausgefüllt zuzusenden.

Bei 11 Müttern konnte ich die Befragung in der Praxis selbst durchführen.

31 Mütter schickten den M-CRE-Fragebogen per Post zurück, von diesen jedoch nur 27 den Fragebogen zur Erfassung der familiären und sozialen Situation. Eine Mutter schickte keinen der beiden Fragebögen zurück.

Bei lediglich 11 von 42 Müttern erfolgte die Befragung mündlich, der Rest fand schriftlich statt. SCHEUCH (36) vermerkt

positiv, daß dabei keine Beeinflussung der Befragungssituation stattfindet,

negativ, daß kein Interviewer vorhanden ist, der die Motivation des Befragten fördern könnte.

Die Erhebungssituation selbst ist nicht beurteilbar:

Wird die Befragte mit anderen über den Bogen sprechen?
Wird sie ihn mit anderen gemeinsam ausfüllen?
Wird überhaupt sie selbst und nicht eine andere Person
den Fragebogen ausfüllen?

Als Hauptproblem wird die RÜCKLAUFQUOTE angesehen, welche zwischen 7 und 70 Prozent variieren kann. Antwortfähigkeit, Antwortbereitschaft und Länge des Fragebogens (je kürzer, desto besser) gelten als allgemeine Determinanten der Rücklaufquote.

In unserer Untersuchung betrug die Rücklaufquote für den M-CRE-Fragebogen 96,9 Prozent und für den Fragebogen zur Erfassung der familiären und sozialen Situation 84,4 Prozent, also in beiden Fällen weit über 70 Prozent, sodaß die Rücklaufquote als überdurchschnittlich angesehen werden kann.

3.4. Auswertung

3.4.1. Auswertung des M-CRE-Fragebogens

Die Fragebogenkonstruktion des M-CRE sieht kein Polaritätenprofil vor, d.h. jede Erziehungshaltung wird für sich abgefragt und dargestellt. Eine Erziehungshaltung schließt eine gegensätzliche nicht aus, sodaß verschiedene Einstellungen auch nebeneinander erfaßt werden können (Abb. 1).

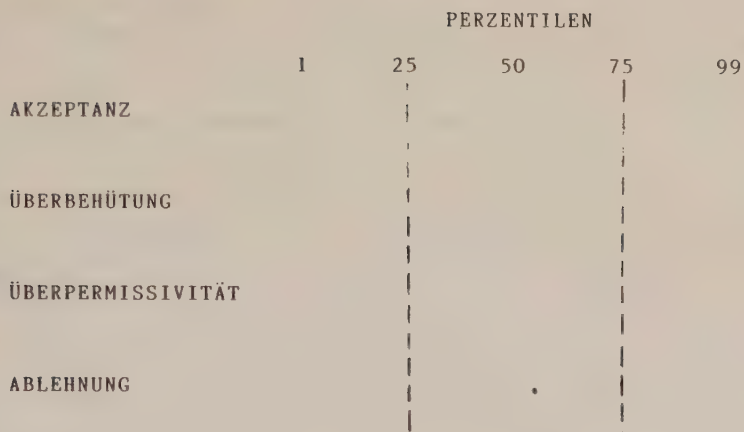


Abb. 1: Perzentilenskala zur Profildarstellung der vier erfaßten Erziehungshaltungen (nach ROTH, 32). Dargestellt werden die Einstellungen in Prozent eines Maximums von jeweils 100.

Die Ergebnisse der M-CRE-Fragebögen wurden mit Hilfe des U-Tests und des CHI-Quadrat-Tests ausgewertet.

Innerhalb der Gruppe der epileptischen Kinder erfolgte die Auswertung mit Hilfe des U-Tests, um zu ermitteln, ob zwischen den einzelnen Erziehungshaltungen signifikante Unterschiede erkennbar sind.

Die Auswertung der drei Vergleichsgruppen untereinander, erfolgte mit Hilfe des CHI-Quadrat-Tests, um signifikante Unterschiede zu ermitteln. Dabei wurde nur der Anteil von Müttern herangezogen, bei denen Erziehungshaltungen über der 75. Perzentile lagen, also stark ausgeprägt waren.

Mit der Skala "KONFUSION - DOMINANZ" wird das Verhältnis der Erziehungshaltungen zueinander erfaßt:

D+ bedeutet, daß nur eine Erziehungshaltung die 75. Perzentile überschreitet,

C+ bedeutet, daß alle Erziehungshaltungen über der 75. Perzentile liegen (Abb. 2).

KONFUSION			DOMINANZ
4	3	2	1
C+	C-	D-	D+

Abb. 2: Skala "Konfusion-Dominanz"
C: Konfusion
D: Dominanz

3.4.2. Auswertung des Fragebogens zur Erfassung der psychosozialen Situation

Die Auswertung der Fragebögen zur Erfassung der sozialen und familiären Situation ergab lediglich in drei Fällen bei einer Gesamtzahl von 38 einen Wert, der über 12 liegt.

SCHEUCH (36) berichtet aus der Interviewforschung, daß ganz überwiegend der Befragte als Fehlerquelle hervorgehoben wird. Die Antwort wird mehr oder weniger als gestörte Spiegelung eines wahren Sachverhaltes angesehen. Als mögliche Fehlerquellen betrachtet der Autor u.a.:

Angst vor sozialen Konsequenzen: "Speziell in Europa wird die Willigkeit des Befragten zu richtigen Antworten öfter bezweifelt. Man weist darauf hin, daß der Befragte die Wahrheit wegen der Konsequenzen seiner Antworten zu ver-

bergen suche, daß besonders in Europa die Vorstellung einer aus Prinzip zu verteidigenden Privatsphäre ausgeprägt sei..."

Stimmungsschwankungen je nach Zeitpunkt des Interviews. Der Anteil der hiervon Betroffenen wird auf etwa 40% geschätzt.

"Schwierige" Fragen, bzw. die Empfindlichkeit des Befragten gegenüber bestimmten Themen. Interviewer finden es "besonders schwierig", Fragen zu stellen über Einkommen (38 Prozent), Sexualverhalten (25 Prozent) und politische Einstellung (16 Prozent).

Unterteilt man die Fragen unseres Fragebogens nach dem vermuteten Grad der Empfindlichkeit des Befragten gegenüber bestimmten Themen in drei Gruppen und multipliziert man die Antwortpunkte in Gruppe I mit dem Faktor 1, in der Gruppe II mit dem Faktor 2 und in der Gruppe III mit dem Faktor 3, so ergibt sich ein anderes Bild: so lagen bei einer Gesamtzahl von 38 immerhin

14 Fälle über dem Wert 12

11 Fälle zwischen 12 und 24

3 Fälle über 24.

Die Einteilung der Fragen in drei Gruppen erfolgte folgendermaßen:

Gruppe I:

- Wohnverhältnisse
- Nachbarn
- Geldsorgen

- Freizeitgestaltung
- nächster Urlaub
- religiöse Fragen

Gruppe II:

- eigene Eltern
- Schwiegereltern
- Bekannte und Freunde
- Berufssituation des Ehemannes
- eigener Beruf
- Erziehung der Kinder

Gruppe III

- eigene Krankheit
- Krankheit des Ehemannes
- seelische Probleme des Ehemannes
- eigene seelische Probleme
- Sexualität
- Ehe

4. Ergebnisse

4.1. Ergebnisse zum M-CRE

4.1.1. Gruppe der Mütter mit anfallskranken Kindern

Die zusammenfassende Darstellung zeigt, daß

alle vier Erziehungshaltungen nebeneinander in vergleichbarer Ausprägung vorhanden sind.

Die als negativ angesehenen Erziehungshaltungen "ablehnend", "überpermissiv" und "überbehütend" schliessen das gleichzeitige Vorhandensein einer akzeptierenden Haltung nicht aus.

Geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Haltungen sind erkennbar, erweisen sich jedoch nach Anwendung des U-Tests als nicht signifikant (Abb. 3).

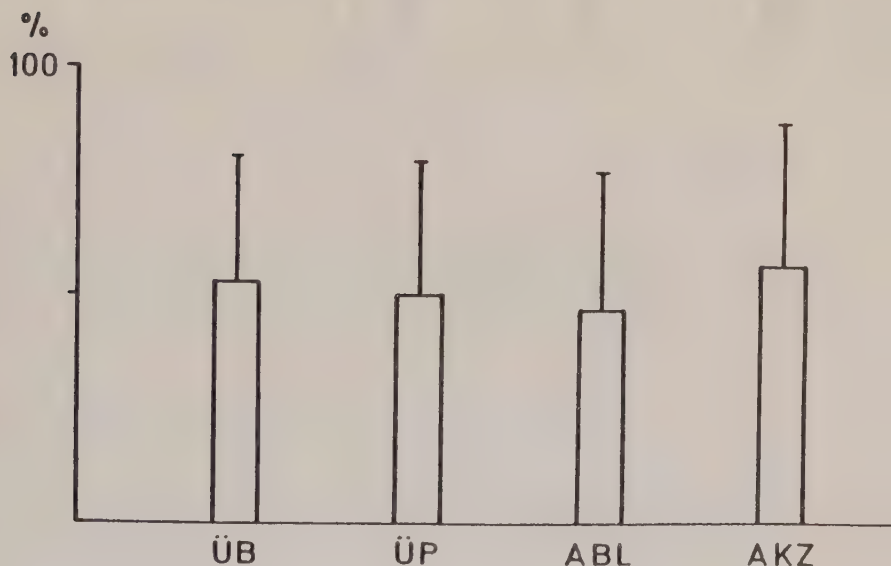


Abb. 3: Mittlere Ausprägung in % + Standardabweichung der bei 42 Müttern anfallskranker Kinder untersuchten Erziehungshaltungen.

ÜB = Überbehütung
ABL = Ablehnung

ÜP = Überpermissivität
AKZ = Akzeptanz

Die erkennbaren geringen Unterschiede sind nicht signifikant.

Durchschnittlich am häufigsten wurde eine akzeptierende Haltung angetroffen, gefolgt von Überbehütung, Überpermissivität und Ablehnung.

4.1.2. Ergebnisse des Gruppenvergleichs

Nur extreme Erziehungshaltungen, d.h. Erziehungshaltungen, welche oberhalb der 75. Perzentile liegen, wurden miteinander verglichen:

Bei Müttern mit anfallskranken Kindern wurde eine überbehütende und eine ablehnende Haltung häufiger als in den anderen Gruppen vorgefunden.

Dagegen erwiesen sich diejenigen Mütter, welche Kinder mit inneren Fehlbildungen zur Welt gebracht hatten, häufiger als akzeptierend und überpermissiv.

In der Kontrollgruppe, also der Gruppe von Müttern mit gesunden Kindern, fiel auf, daß eine akzeptierende und überpermissive Einstellung in etwa so häufig wie bei den Kindern mit angeborenen inneren Fehlbildungen vorhanden ist. Eine ablehnende Haltung wurde zu einem geringeren Prozentsatz als in den beiden anderen Gruppen und eine überbehütende Einstellung nur in einem Fall vorgefunden.

Jedoch zeigte auch hier die Anwendung des Chi-Quadrat-Tests, daß die Unterschiede kein Signifikanzniveau erreichten (Abb. 4)

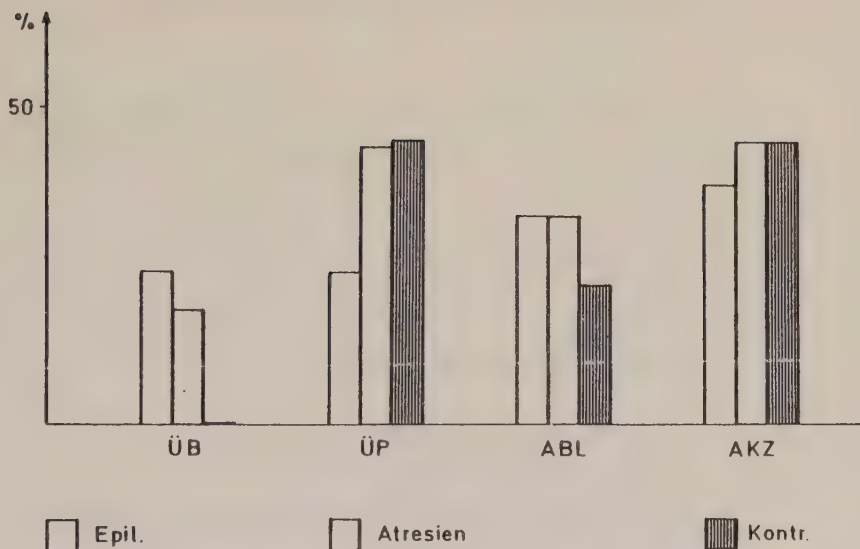


Abb. 4: Prozentualer Anteil von Müttern in drei Vergleichsgruppen, bei denen Erziehungshaltungen stark (über der 75. Perzentile) ausgeprägt waren. Die erkennbaren Unterschiede erreichen kein Signifikanzniveau (CHI-Quadrat-Test).

4.1.3. Dominanz - Konfusion

Die Aufschlüsselung nach Dominanz - Konfusion erfolgte in der Gruppe von Müttern mit anfallskranken Kindern.

Eine dominant-akzeptierende Haltung ließ die Hälfte der Gruppe erkennen.

Eine dominant-ablehnende Einstellung wurde nur in zwei Fällen beobachtet.

Konfusion, d.h. ein gleichzeitiges Vorkommen von wenigstens drei über der 75. Perzentile liegenden Erziehungshaltungen war dreimal zu sehen.

4.2. Ergebnisse zum psychosozialen Hintergrund

Die Untersuchung der psychosozialen Situation erfolgte ebenfalls in der Gruppe von Müttern mit anfallskranken Kindern.

Wertet man die Fragebögen nach dem Vorschlag im Kapitel 3.2.2 (S. 29) aus, so ergeben drei Fälle einen Wert über 12: zwei Fälle ließen je

eine dominant-akzeptierende und

eine dominant-überbehütende Haltung erkennen,

im dritten Fall bestand Konfusion.

Die Auswertung nach dem im Kapitel 3.4.2. (S. 34) angegebenen Vorschlag ergibt folgendes Bild: vierzehn ergeben einen Wert über 12, davon waren

in sechs Fällen eine dominant-akzeptierende Haltung zu sehen

in zwei Fällen eine dominant-ablehnende Haltung,

in zwei Fällen eine dominant-überbehütende Haltung

und in einem Fall bestand eine dominant-überpermissive Einstellung.

Konfusion zeigte sich in einem Fall.

Demnach besteht keine Korrelation zwischen einer belasteten psychosozialen Situation und einer ablehnenden Erziehungshaltung.

5. Diskussion

Unter Annahme eines bestimmten Krankheitskonzepts, erscheinen chronische Krankheiten "als gottgegebene Fakten, mit denen man sich abfinden muß, wie mit Armut und schlechtem Wetter." ROHMANN, K.J. (31) bezeichnet dieses Konzept als

"ontologisches Krankheitskonzept" mit einer Betonung von individuellen Krankheitsbildern und Syndromen.

Mit der Entdeckung der Mikroorganismen als Krankheitsursache, trat das "physiologische Krankheitskonzept" als Ausdruck einer kausal erklärenden Medizin in den Vordergrund.

Schließlich kam das "psychologische oder biographische Krankheitskonzept" zur Anwendung, welches den Patienten in einem einzigartigen sozialen und psychischen Kontext stellt.

Bei Unterstellung des dritten Konzepts, erscheint die Mutter-Kind-Beziehung nicht als ein bedeutungsloses Symptom, sondern muß als Ausdruck einer individuell verlaufenden Biographie gesehen werden.

Tritt in einer Familie eine chronische Krankheit auf, so erfordert dies die Entwicklung von Organisationsformen und Arrangements, in denen u.a. vier Grundfunktionen berücksichtigt werden (FRIEDRICH, H. 7):

Rettung und Krisenintervention bei plötzlich eintre-

tenden lebensgefährlichen Verschlimmerungen des Krankheitsbildes.

Schutz des Kranken

Assistenz

Funktion der Kontrolle beim Umgang mit den Symptomen.

Das Ausmaß, welches die einzelnen Funktionen bei den verschiedenen chronischen Erkrankungen beansprucht, gestaltet u.a. die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung. Unter diesem Aspekt erscheinen auch Unterschiede erklärbar. So nimmt der Schutz des Kranken bei einem anfallskranken Kind wohl mehr Raum ein, als bei einem zuckerkranken Kind, bei dem mehr die Kontrolle bestimmter Symptome, wie des Blutzuckerspiegels von Bedeutung sind. Eine überbeschützende Erziehungseinstellung lediglich als Ausdruck einer kompensierten Ablehnung des Kindes zu sehen, erscheint unter diesem Gesichtspunkt nicht gerechtfertigt, was als eine Beobachtung unserer Untersuchung bestätigt werden kann.

Der M-CRE-Fragebogen ist für den amerikanischen Lebensraum validiert worden, sodaß Ergebnisse des von uns auf unseren Lebensraum angewendeten Fragebogens mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen nicht direkt verglichen werden können. Entscheidend ist,

daß der M-CRE-Fragebogen die einzelnen Erziehungseinstellungen jede für sich erfaßt, während

beim P.A.R.I. das Vorhandensein einer Erziehungshaltung

das Vorhandensein der gegensätzlichen Einstellung ausschließt.

So kann als Ergebnis der eigenen Untersuchung festgehalten werden:

daß gegensätzliche Haltungen sehr wohl nebeneinander anzutreffen sind und

diese von den Müttern, je nach Situation wechselnd eingesetzt werden.

Es bleibt zu fragen, ob die beschriebenen Erziehungshaltungen als solche wirklich voneinander getrennt beschrieben werden dürfen. RICHTER (29) schlägt vor, die Mutter-Kind-Beziehung nicht nur nach dem beschreibbaren Verhalten der Mutter verstehen zu wollen, sondern in erster Linie die Motive, welche die Mutter zu ihrem Verhalten bewegen, zu sehen. "Geht man indessen allein von den elterlichen Motiven aus, so sind diese ja nie einseitig ablehnend oder bejahend, sondern stets aus mehreren Komponenten zusammengesetzt. Je mehr sich die Persönlichkeit des Kindes in den ersten Jahren differenziert - oft aber auch schon von vornherein -, pflegt sich die Einstellung der Mutter zu verzweigen in positive und negative Stellungnahmen zu verschiedenen Aspekten und Merkmalen des Kindes." Da ein Kind durchaus sich widersprechende Aspekte und Merkmale seiner Persönlichkeit aufweisen wird, ist anzunehmen, daß auch die Mutter sich widersprechende Einstellungen zum Kind zeigen wird und diese als Ausdruck ihrer Ambivalenz, je nach Situation wechselnd einsetzen wird.

Die Formel, Mütter anfallskranker Kinder lehnen ihr Kind verdeckt ab, indem sie seine Entwicklung überbehütend-kontrollierend einengen, erscheint als eine verkürzte Betrachtung der Mutter-Kind-Beziehung, indem sie die empirische Vielfalt von Mutter-Kind-Beziehungen nicht berücksichtigt. Als wichtigste Konsequenz aus dieser Untersuchung müssen wir diese Formel daher hinterfragen, dies umsomehr, als dadurch der betroffenen Mutter das positive Gefühl vermittelt werden kann, daß sie^e durchaus akzeptierend ihrem kranken Kind gegenüber eingestellt ist und ihre überprotektive Haltung nicht unbedingt Ausdruck einer feindseligen Tendenz gegen das Kind ist.

SCOTT (37) sieht die Restriktion von Aktivitäten und Begrenzung von Freiheiten, worin sich der überbehütende Erziehungsstil unter anderem ausdrückt, auch abhängig von Art und Häufigkeit der Anfälle. Die überprotektive Haltung könne somit als eine Abwägung zwischen Gefahren, die dem Kind durch zu geringe Aufsicht drohen und den Nachteilen, die sich durch eine zu starke Einschränkung der kindlichen Freiheiten ergeben, verstanden werden.

In den meisten Arbeiten zu diesem Thema erscheint die Familie unter einem antitherapeutischen Aspekt, indem sie eher als Verursacher oder Verstärker von spezifischen Erkrankungen gilt. Die Frage, wie sich eine Krankheit oder ein krankes Familienmitglied auf das Familienleben insgesamt auswirken und welche Stärken und Stabilitätsmomente in einer Familie stecken, interessiert weniger. H. FRIEDRICH (7) erwähnt in diesem Zusammenhang die "Copingstrategien",

welche er positiv als Verarbeitungs- und Anpassungsformen der Familie an die Folgen einer nicht heilbaren Krankheit eines Familienmitglieds sieht. Bemerkenswert erscheint darüberhinaus, daß in den meisten Familienstudien weniger die Väter und gesunden Geschwister eine Rolle spielen, sondern in erster Linie die Mutter-Kind-Beziehung.

6. Zusammenfassung

Aus der Literatur ist bekannt, daß die "typische Wesensänderung des Epileptikers" als rein organisch bedingt angesehen wurde, ohne daß ein Erstbeschreiber dieses Syndroms genannt wird. Erst 1955 wurde durch einen Anstoß der Tiefenpsychologie eine multifaktorielle Pathogenese des enechetischen Wesenstyp des Epileptikers zur Diskussion gestellt. In diesem Zusammenhang gewann vor allem die Mutter-Kind-Beziehung beim Epileptiker großes Interesse. Diese sei durch Angst, übermäßige Besorgtheit, also durch eine stark kontrollierende Erziehungshaltung gekennzeichnet, was als Kompensation von Schuldgefühlen aufgefaßt wurde. Seither taucht das Stichwort "compensatory overprotection" immer wieder in diesem Sinne in der Literatur auf, obwohl Widersprüche Zweifel an diesem Stereotyp der Erziehungshaltung von Müttern anfallskranker Kinder nahelegen.

Untersucht wurde mit Hilfe des M-CRE-Fragebogens (Mother-Child Relationship Evaluation von ROTH, 32), welcher die einzelnen Erziehungshaltungen jede für sich erfaßt. Gegensätzliche Haltungen können zusammen vorkommen. 42 Mütter anfallskranker Kinder wurden mit 55 Müttern verglichen, deren Kinder wegen angeborener innerer Fehlbildungen operiert worden waren. Die Mütter anfallskranker Kinder zeigten ebenso häufig eine akzeptierende, ablehnende oder eine überbeschützende Haltung.

Mit Hilfe eines von uns aufgestellten Fragebogens zur Erfassung des familiären und sozialen Hintergrundes konnte gezeigt werden, daß kein Zusammenhang zwischen einer ablehnenden Erziehungshaltung und einer belasteten psychosozialen Situation besteht.

Literaturverzeichnis

- (1) BECKER, W.C.; KRUG, R.S.: The Parent Attitude Research Instrument: a Research Review. Child Development 36 (1965) 329 - 365
- (2) BÖRNER, S.; STEINHAUSEN, H.CH.: Das chronisch kranke und behinderte Kind: Eine psychologische Aufgabe der Kinderheilkunde.
KLINISCHE PÄDIATRIE 187 (1975) 407 - 431
- (3) DERA, M.; MIES, U.; MARTINIUS, J.: Erste Ergebnisse der Studie "Zur psychosozialen Entwicklung von Kindern, die wegen bestimmter innerer Fehlbildungen als Neugeborene operiert werden mußten."
ZEITSCHRIFT FÜR KINDERCHIRURGIE 29 (1980) 95
- (4) DIEHL, L.W.; HAUCK, G.: Veränderungen in der Einstellung der Bevölkerung zur Epilepsie in der BRD seit 1967
NERVENARZT 46 (1975) 519 - 524
- (5) FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen
LONDON, 1936
- (6) FREUDENBERG, D.: Probleme in Familien mit einem epilepsiekranken Kind
In: REMSCHMIDT, H. (HRSG.): Epilepsie 1980
- (7) FRIEDRICH, H.: Familiensoz. Aspekte von Copingstrategien bei chronischen Krankheiten
In: ANGERMEYER (siehe 20)
- (8) HARTLAGE, L.C.; GREEN, J.B.: The Relation of Parental Attitudes to Academic and Social Achievement in Epileptic Children
EPILEPSIA, 13 (1972) 27 - 30

- (9) HARTLAGE, L.C.; GREEN, J.B.; OFFUT, L.: Dependency in Epileptic Children
EPILEPSIA, 13 (1972) 27 - 30

- (10) HAUCK, G.: Die Einstellung der Bevölkerung zur Epilepsie in USA und Deutschland
DER NERVENARZT 39 (1968) 181 - 183

- (11) HAUCK, G.: Soziale Ursachen und Folgen von kindlicher Epilepsie
SOZIALPSYCHIATRIE (1969) 32 - 42

- (12) HOFSTÄTTER, P.R.: Gruppendynamik, Kritik der Massenpsychologie (Rowohlt, Hamburg 1957)

- (13) HOFSTÄTTER, P.R.: Einführung in die Sozialpsychologie (Kröner, Stuttgart 1966)

- (14) KANNER, L.: Child Psychiatry
Oxford 1948

- (15) KELLY, G.A.: The Psychology of Personal Constructs
Norton, New York 1955

- (16) LAST, G.: Epileptische Kinder - Psychologische Besonderheiten, Verhaltensprobleme und Behandlungsschwierigkeiten
ZEITUNG FÜR ALLGEMEINMEDIZIN 48 (1972) 321 - 326

- (17) LEMPP, R.: Psychische Veränderungen bei Epilepsie im Kindesalter
In: Penin (HRSG.) Störungen bei Epilepsie, Stuttgart 1973: 127 - 134

- (18) LENNÖX, W.G.: Science and Seizures, New York 1941

- (19) LONG, C.G.; MOORE, J.R.: Parental expectations for their epileptic children
JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY & Allied Disciplines 20 (1979) 299 - 312

- (20) MARTINIUS; J.; MIES, U.; DERA, M.; TIESLER, J.: Kinder mit inneren Fehlbildungen, die im Säuglingsalter operiert wurden - Familiäre- und Entwicklungsprobleme
In: Angermeyer, M.C.; Döhner, O. (HRSG.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie, 1981
- (21) MANDEL; K.H.: Einübung der Liebesfähigkeit, München 1975
- (22) MATTHES, A.: Psychische Veränderungen bei kindlichen Epilepsien
NERVENARZT 41 (1979) 546 - 548
- (23) NAVRATIL, L.; STROTZKA, H.: Die Mutter-Kind-Relation bei epileptischen Kindern
WIENER ZEITUNG NERVENHEILKUNDE 7 (1954) 36-53
- (24) OSGOOD, C.H.; SUCI, G.J.; TANNENBAUM, P.H.: The measurement of ineaniny (University of Illinois Press, Urbana 1965)
- (25) PETERS, U.H.: Zur Psyche des Epileptikers im Erwachsenenalter
In: PENIN (HRSG.): Psychische Störungen bei Epilepsie
Stuttgart 1973, 119 - 126
- (26) PETERS, U.H.: Der Epileptiker in seiner Familie
FORTSCHRITTE NEUROLOGIE PSYCHIATRIE 46 (1978) 633 - 659
- (27) REMSCHMIDT, H.: Experimentelle Untersuchungen zur sogenannten epileptischen Wesensänderung
FORTSCHRITTE NEUROLOGIE PSYCHIATRIE 38 (1970) 524 - 540
- (28) REMSCHMIDT, H.: Vorurteile gegenüber Anfallskranken
NERVENARZT, 43 (1972) 197 - 200
- (29) RICHTER, H.E.: Patient Familie, rowohlt 1970
- (30) RITTER, G.: Bemerkungen zur Sozialgeschichte;
FORTSCHRITTE NEUROLOGIE PSYCHIATRIE 46 (1975) 513 - 518

- (31) ROGHMANN, K.J.: Die Familie als Patient: Vom Wandel des Krankheitsbegriffs der Pädiatrie in der Betreuung chronisch kranker Kinder
In: Angermeyer (siehe 20)
- (32) ROTH, R.M.: Mother-Child Relationship Evaluation (M-CRE)
In: Measuring Human Behaviour.
Lake, D.G.; Miles, M.E.; Earle, R.B. (HRSG.) Teachers College Press, Columbia University, New York 1973
- (33) RUHS, A.; LECHNER, H.: Zur Mutter-Kind-Beziehung bei Epilepsien
PSYCHIATRIA CLINICA (1975) 283 - 292
- (34) RUTTER, M.; GRAHAM, P.; YULE, W.: A Neuropsychiatric Study in Childhood, Heinemann, London 1970
- (35) SCHAEFER, S.; BELL, R.Q.: Development of a Parental Attitude Research Instrument
CHILD DEVELOPMENT 29 (1958) 339
- (36) SCHEUCH, E.K.: Das Interview in der Sozialforschung
In: König, R. (HRSG.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Band 2, Stuttgart 1967, 66 - 190
- (37) SCOTT, P.: Psychiatriy Aspects of Childhood and Adolescent Epilepsy
PRACTIONER, 1977, 218 (1305) 417 - 423
- (38) STROTZKA, H.: Psychologische Probleme der Epilepsie
SCHWEIZER ARCHIV NEUROLOGIE 76 (1975) 375 - 379
- (39) WERBENJAK, E.; STROTZKA, H.: Die Mutter des epileptischen Kindes. Eine sozialmedizinische Studie
WIENER ZEITUNG NERVENHEILKUNDE 6 (1953) 375

8. Anhang

THE MOTHER-CHILD RELATIONSHIP EVALUATION M C R E

NAME:.....

ALTER:.....

DATUM:.....

ANWEISUNG: Um Sie und Ihr Kind und die Beziehung zu Ihrem Kind besser zu verstehen, drücken Sie Ihre Meinung und Ihr Gefühl zu folgenden Behauptungen auf den nächsten Seiten aus. Es gibt keine "richtigen" und "falschen" Antworten, sondern nur Ihre Anschauungen und Gefühle. Ihre persönlichen Ansichten sollen ihre Antworten entscheiden.

Verwenden Sie bitte nicht allzu viel Zeit für die Fragen. Bei irgendwelchen Bedenken oder Zweifeln, kreuzen Sie bitte so an, wie Sie es zur Zeit für richtig halten.

Neben jeder Feststellung sind fünf Antwortmöglichkeiten gegeben.

Diese reichen von:	SZ:	STARKE ZUSTIMMUNG
	Z:	ZUSTIMMUNG
	U:	UNENTSCHLOSSEN
	A:	ABLEHNUNG
bis	SA:	STARKE ABLEHNUNG

Nun drehen Sie bitte die Seite um und beginnen sie:

		STARKE	ZUSTIM- MUNG	ZUSTIM- MUNG	UNENT- SCHLOSSEN	ABLEHN- UNG	STÄR- KE
			5	4	3	2	1
1-op	Eine Mutter sollte Ihrem Kind möglichst all das geben, was sie selbst nie hatte.	SZ	2	U	A	SA	SA
2-r	Kinder sind wie kleine Hündchen und können genauso erzogen werden.	SZ	2	U	A	SA	SA
3-op	Kinder wissen nicht, welche Nahrung für sie geeignet ist.	SZ	2	U	A	SA	SA
4-r	Es ist gut für ein Kind, von Zeit zu Zeit von der Mutter getrennt zu werden.	SZ	2	U	A	SA	SA
5-op	Wenn Kinder "Spaßmachen", bedeutet das für sie verlorene Zeit.	SZ	2	U	A	SA	SA
6-op	Eine Mutter soll ihr Kind gegen jede Kritik verteidigen.	SZ	2	U	A	SA	SA
7-oi	Ein Kind trifft keine Schuld, wenn es etwas falsch macht.	SZ	2	U	A	SA	SA
8-r	Wenn eine Mutter etwas, was ihr Kind tut, nicht billigt, soll sie sagen, das sei sehr gefährlich.	SZ	2	U	A	SA	SA
9-op	Mein Kind kann ohne mich nicht auskommen.	SZ	2	U	A	SA	SA
10-r	Mein Kind kommt mit anderen Kindern nicht so gut aus wie es eigentlich sollte.	SZ	2	U	A	SA	SA
11-a	Eine Mutter soll das Schicksal ihres Kindes bejahen.	SZ	2	U	A	SA	SA
12-op	Eine Mutter soll darauf achten, daß ihr Kind seine Hausaufgaben ordentlich erledigt.	SZ	2	U	A	SA	SA
13-r	Um ihr Kind richtig zu erziehen, soll eine Mutter ziemlich genau wissen, wie ihr Kind sein soll.	SZ	2	U	A	SA	SA
14-oi	Eine Mutter sollte ihr Kind bei jeder sich bietenden Gelegenheit "vorzeigen".	SZ	2	U	A	SA	SA
15-oi	Es bedarf großer Anstrengungen, einem Kind Gehorsam beizubringen.	SZ	2	U	A	SA	SA
16-op	Eine Mutter sollte ihr Kind niemals allein lassen.	SZ	2	U	A	SA	SA
17-r	Mit der richtigen Erziehung kann man einem Kind so ziemlich alles beibringen.	SZ	2	U	A	SA	SA
18-oi	Wenn ein Kind nicht zum Friseur gehen mag, soll die Mutter ihrem Kind die Haare selber schneiden.	SZ	2	U	A	SA	SA
19-oi	Ich drohe meinem Kind oft mit Strafe, bestrafe es dann aber nicht.	SZ	2	U	A	SA	SA
20-r	Wenn ein Kind in der Schule nicht gehorcht, soll der Lehrer es bestrafen.	SZ	2	U	A	SA	SA
21-r	Mein Kind geht mir manchmal auf die Nerven.	SZ	2	U	A	SA	SA
22-op	Es gehört zur Verantwortlichkeit einer Mutter dafür zu sorgen, daß ihr Kind nie unglücklich ist.	SZ	2	U	A	SA	SA
23-r	Ein Kind ist ein kleiner Erwachsener.	SZ	2	U	A	SA	SA
24-oi	Eine Mutter kann nie genügend Zeit haben, ihrem Kind vorzulesen.	SZ	2	U	A	SA	SA
25-op	Ein Kind soll öfter als zweimal jährlich ärztlich untersucht werden.	SZ	2	U	A	SA	SA
26-op	Man kann es Kindern nicht zutrauen, daß sie Dinge selbständig erledigen.	SZ	2	U	A	SA	SA
27-r	Eine Mutter soll so früh wie möglich mit dem Stillen aufhören.	SZ	2	U	A	SA	SA

		STARKE ZUSTIM- MUNG	ZUSTIM- MUNG	UNENT- SCHLOSSEN	ABLEHN- UNG	STARKE ABLEHN- UNG
		5	4	3	2	1
28-op	Man soll stets dafür sorgen, daß Kinder sich ruhig verhalten.	SZ	Z	U	A	SA
29-oi	Ein Kind soll kein festes Taschengeld bekommen.	SZ	Z	U	A	SA
30-r	Ich spiele meinem Kind oft Streiche	SZ	Z	U	A	SA
31-oi	Wenn Ihr Kind nicht einschlafen kann, soll sich die Mutter zu ihm legen.	SZ	Z	U	A	SA
32-r	Kinder tun so oft als seien sie krank.	SZ	Z	U	A	SA
33-op	Kinder waschen sich nie wie sie sollen.	SZ	Z	U	A	SA
34-oi	Ein Kind darf man nicht schelten, wenn es einem Erwachsenen etwas wegschnappt.	SZ	Z	U	A	SA
35-a	Wenn eine Mutter mit Problemen, die sie mit ihrem Kind hat, nicht selber fertig wird, soll sie sich nach geeigneter Hilfe umschauen.	SZ	Z	U	A	SA
36-oi	Wenn ein Kind schreit, soll sich die Mutter sofort um es kümmern.	SZ	Z	U	A	SA
37-oi	Irgendwie kann ich meinem Kind keine Bitte abschlagen.	SZ	Z	U	A	SA
38-a	Auch Kinder haben ihre Rechte.	SZ	Z	U	A	SA
39-oi	Eine Mutter soll stets darauf achten, daß die Wünsche ihres Kindes erfüllt werden.	SZ	Z	U	A	SA
40-a	Ein Kind soll nie gegen seine Mutter trotzig sein.	SZ	Z	U	A	SA
41-a	Kinder sind - wie Spielzeug - zum Vergnügen ihrer Eltern da.	SZ	Z	U	A	SA
42-a	Kinderkriege gehören zum Lebensinhalt der Ehe.	SZ	Z	U	A	SA
43-a	Es gibt bestimmte Grundregeln der richtigen Kindererziehung, ganz gleich wie die Eltern darüber denken.	SZ	Z	U	A	SA
44-a	Kinder dürfen zwar zu sehen, aber nicht zu hören sein.	SZ	Z	U	A	SA
45-a	Eine Mutter soll die Gefühle ihres Kindes steuern.	SZ	Z	U	A	SA
46-a	Damenlutschen ist eine ungesunde Angewohnheit, es soll auf jeden Fall unterbunden werden.	SZ	Z	U	A	SA
47-a	Es nutzt einer Mutter nicht viel, mit ihrem Kind über ihre Pläne zu sprechen.	SZ	Z	U	A	SA
48-a	Ein Kind soll seinen Eltern stets Freude machen.	SZ	Z	U	A	SA

E N D E

Schauen Sie bitte noch einmal, ob Sie auch alle Fragen beantwortet haben.

NAME:

ALTER:

DATUM:

MICH BELASTEN ZUR ZEIT FOLGENDE PROBLEME:

(bitte bei jedem Problem die für Sie zutreffende Spalte ankreuzen!)

	gar nicht (0)	etwas (1)	stark (2)	Summe
1. Wohnverhältnisse				
2. Nachbarn				
3. eigene Krankheit				
4. Krankheit des Ehemannes				
5. Geldsorgen				
6. seelische Probleme des Ehemannes				
7. eigene seelische Probleme				
8. Freizeitgestaltung				
9. nächster Urlaub				
10. religiöse Fragen				
11. Sexualität				
12. eigene Eltern				
13. Schwiegereltern				
14. Bekannte und Freunde				
15. Berufssituation des Ehemannes				
16. eigener Beruf				
17. Erziehung der Kinder				
18. Ehe				

9. Lebenslauf

- 11.3.1955 Geboren in Kempten als Sohn des Theologen
Dr. Christof Bäumlner und seiner Frau Anneliese,
geb. Zeitler
- 1961 - 1965 Besuch der Volksschule in Neuhaus am Schliersee
- 1965 - 1971 Besuch des Gymnasiums in Miesbach
- 1971 - 1975 Besuch des Gisela-Gymnasiums in München
- Juni 1975 Reifeprüfung am Gisela-Gymnasium in München
- 1975 - 1976 Zivildienst in der Kinderabteilung des Max-Planck-
Instituts für Psychiatrie in München
- 1976 - 1983 Studium der Humanmedizin an der LMU München
- August 1978 Ärztliche Vorprüfung
- April 1983 Staatsexamen
- Mai 1983 Approbation zum Arzt
- 1.10.1984- Gastarzt in der I. Medizinischen Abteilung des
31.12.1984 Städt. Krankenhauses München Schwabing
- 16.1.1985 Beginn einer Tätigkeit als Assistenzarzt im
Schwabinger Krankenhaus in der I. Medizinischen
Abteilung

Herrn Prof. Dr. Joest Martinius danke ich für die Überlassung des Themas und seine große Geduld, mit der er mich bei der Durchführung der Arbeit betreut hat.

Den Herren Dr. Schmutterer und Dr. Thomas gilt mein Dank dafür daß sie mir die Durchführung der Untersuchung in ihrer gemeinsamen Kinderarztpraxis ermöglicht haben. Herr Dr. Schmutterer leistete mir bei der Auswahl der Patienten große Hilfe.

Bei der Zusammenstellung der Literatur standen mir Frau Borowi und Frau Kaufmann aus der Bibliothek des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie hilfreich zur Seite, wofür ich mich bedanken möchte.

Bei Frau Gaby Bergmann bedanke ich mich für die große Hilfe bei den Schreibarbeiten.

